

CONNECTICUT BACK CENTER

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Dirección: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

de Casa: _____ # de Celular: _____ # de Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____ Estado Civil: S C D V

Etnicidad: _____ ¿Eres un Veterano? SI NO

Médico de Atención Primaria: _____ Médico Remitente: _____

¿Cómo te enteraste de nosotros? _____

Seguro Primario:	Seguro Secundario:
ID#:	ID#:
Nombre del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:
Fecha de nacimiento del titular:	Fecha de nacimiento del titular:
Dirección del titular:	Dirección del titular:
Empleador:	Empleador:
Dirección:	Dirección:

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ # de teléfono: _____

¿Está la lesión relacionada con: trabajo accidente automovilístico Si es así, fecha del accidente: _____

¿Tienes un abogado? Si No Nombre: _____ # de tel: _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

¡Bienvenidos a CBC! Pólizas de la Oficina

Póliza de Cancelación:

Si no puede asistir a una cita, llame a la oficina para cancelarla al menos 24 horas antes de su cita. **Si no llama a la oficina y no se presenta a la cita, se le cobra \$50.00. Esta tarifa NO se factura a su compañía de seguros y deberá pagarla antes de ser atendido para su próxima cita.** Por supuesto, se tienen en cuenta las citas canceladas por inclemencias del tiempo, emergencias, enfermedades, etc.

Pagos:

Se requieren copagos en el momento de su visita (este es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Debido a este acuerdo, su compañía de seguros nos exige que **cobremos su copago al momento del servicio.** Aquellos pacientes sin seguro médico (pago por cuenta propia) deberán pagar un depósito de \$200.00 en el momento de su visita y pagar cada visita posterior en la hora de la cita, a menos que se hagan otros arreglos con la oficina antes de la cita. Estas visitas se pagarán con tarjeta de crédito/débito.

Si su compañía de seguros requiere un referido para ver a un especialista, usted es responsable de obtener esa referencia, y su médico de atención primaria debe enviarla a nuestra oficina antes de su cita. Si no lo recibimos, tendrá que reprogramar su cita.

Si tiene un **reclamo de compensación laboral,** TODA la información relacionada con el reclamo debe ser recibida por nuestra oficina antes de ser atendido. Si estuvo involucrado en un **accidente automovilístico,** DEBEMOS tener una carta de su compañía de seguro de automóvil indicando si tiene o no cobertura médica (MEDPAY) con su póliza, antes de ser visto.

Papeleo:

Si tiene documentación que requiere la finalización y firma del médico, complete su parte del formulario y envíelo por correo o tráigalo a la oficina. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para tener los formularios listos para su recogida, por correo o fax dentro de 7 a 10 días hábiles. **Tenga en cuenta que hay un cargo de \$30.00 por finalización de la documentación válida por 1 año a partir de la fecha de pago. Si estás solicitando sus registros médicos, hay una tarifa de \$0.65 por página, a menos que se envíen directamente a otro proveedor.**

Póliza de Alta:

Es póliza de esta práctica mantener una relación médico-paciente de cooperación y confianza con sus pacientes. Cuando dicha relación médico-paciente no se haya formado o una relación médico-paciente ya no se desarrolla de una manera mutuamente productiva, es póliza de esta práctica terminar la relación médico-paciente dentro de los límites de las leyes estatales y federales aplicables, Reglas y regulaciones; las pautas de la Asociación Médica Estadounidense y esta póliza para que el paciente puede desarrollar el tipo de relación de confianza con otro médico que es esencial para tener éxito atención y tratamiento continuos.

Firma del Paciente:

Fecha:



Cuestionario de restricciones de privacidad de HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Podemos enviar extractos a tu domicilio? Si No

¿Podemos dejar mensajes (incluyendo los resultados de las pruebas) en su contestador automático/correo de voz? Si No

¿Podemos enviarle un fax? # de fax: _____ Si No

¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? Dirección de correo electrónico: _____ Si No

Enumere los nombres y relaciones de las personas con quienes podemos divulgar información o hablar sobre su atención/citas:

Consentimiento para tratamiento/divulgación de información médica

Doy mi consentimiento para el tratamiento necesario para el cuidado del paciente mencionado anteriormente. Por la presente autorizo la divulgación de todos los registros médicos a los médicos remitentes y de familia.

Firma: _____ Fecha: _____

Para restricciones a su información médica protegida (PHI) distintas a las mencionadas anteriormente, envíelas por escrito al funcionario de cumplimiento/privacidad utilizando nuestro formulario de "restricción de uso o divulgación de información médica protegida" (PHI).

Responsabilidad financiera - Contrato de seguro

Reconozco total responsabilidad por los servicios prestados y acepto hacer arreglos financieros definitivos para el pago. Entiendo que es posible que mi compañía de seguros no cubra completamente los cargos por servicios profesionales y, por lo tanto, soy el único responsable del pago de todos los servicios. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar la responsabilidad o el pago y obtener el reembolso de cualquier reclamo. Autorizo que el pago de los beneficios médicos se realice a Jesse G. Eisler, M.D. Cedo los beneficios pagaderos a los que tengo derecho, incluidos el gobierno, seguros privados y otros planes de salud, a Jesse G. Eisler, M.D. Esta cesión permanecerá en vigor hasta revocado por mí por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____

Acuerdo de Medicación

El objetivo de mi terapia es reducir mi dolor a un nivel que sea tolerable y que me permita mejorar mi capacidad para realizar las actividades diarias. Entiendo que el uso diario de un medicamento aumenta ciertos riesgos, que incluyen, entre otros

- Adicción/Dependencia
- Reacciones alérgicas
- Sobredosis
- Somnolencia, mareos o confusión
- Juicio deteriorado e incapacidad para operar máquinas o conducir vehículos de motor
- Náuseas, vómitos y/o estreñimiento

Acepto las siguientes pautas:

1. Tomaré este medicamento únicamente según lo recetado y no cambiaré la cantidad ni la frecuencia sin la autorización del médico.
2. Entiendo que debido al alto potencial de abuso de estos medicamentos se aplican las siguientes reglas:
 - No podré obtener resurtidos anticipados ni recibir reemplazo de medicamentos perdidos o robados.
 - Los resurtidos sólo se proporcionarán durante el horario comercial normal y entiendo que Connecticut Back Center solicita un aviso de 72 horas para resurtir un medicamento.
3. Obtendré recetas para mis problemas relacionados con la columna a través de Connecticut Back Center y surtiré estas recetas en mi farmacia designada. En una emergencia aguda, otro proveedor puede recetarme medicamentos. Si esto ocurre, notificaré al Connecticut Back Center lo antes posible.
4. Presentaré análisis de orina o sangre y recuentos de pastillas, si lo solicita mi proveedor, para evaluar mi cumplimiento.
5. Acepto asistir a mis citas programadas regularmente mientras esté tomando el medicamento.
6. Si no sigo estas pautas, entiendo que mi tratamiento puede terminarse.

Firma del Paciente:

Fecha:

Nombre: _____

Fecha: _____

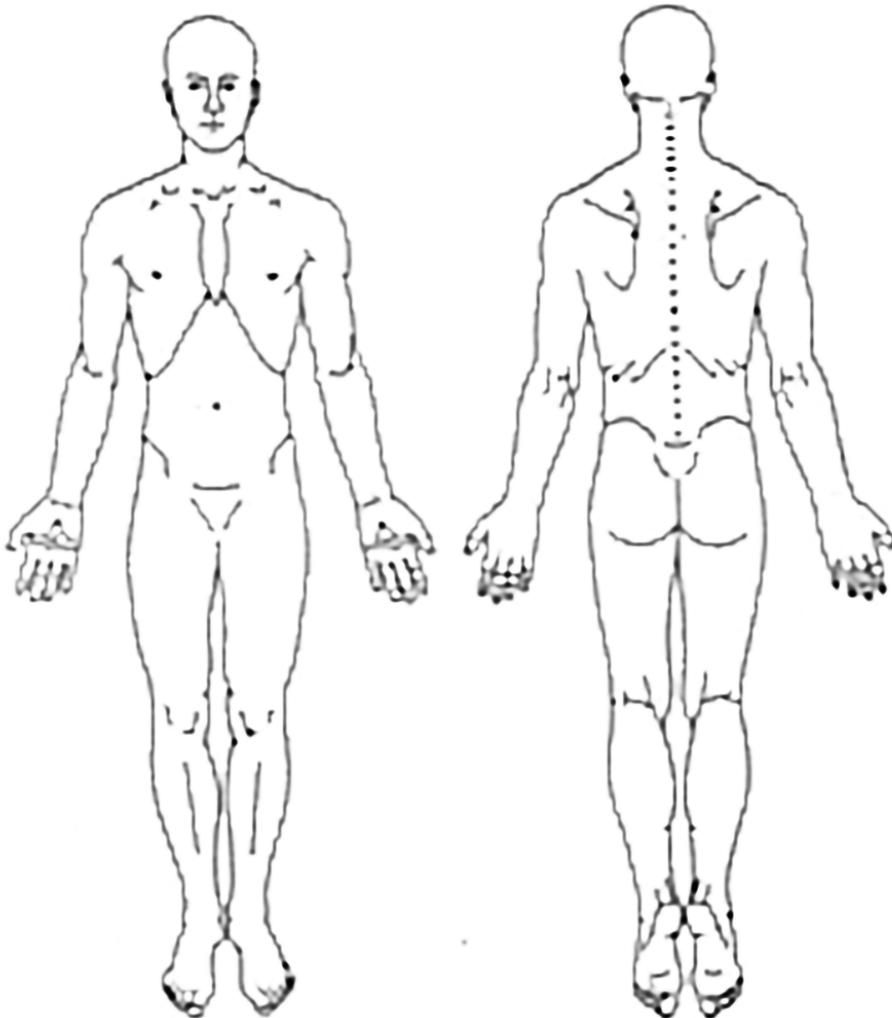


Formulario de Admisión de Columna

Califique la gravedad de su dolor encerrando en un círculo un número a continuación

No Dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dolor Inaguantable
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	---------------------------

En el siguiente diagrama, indique dónde está experimentando sus síntomas



D = Dolor

I = Incendio

E = Entumecimiento

H = Hormigueo

P = Puñalada

O = Otro

Over →

¿Cuánto tiempo han estado presentes sus síntomas?

Años:	Meses:	Semanas:
-------	--------	----------

¿Qué empeora los síntomas?

¿Qué alivia tus síntomas?

¿Su dolor mejora, empeora o permanece igual?

Intensidad del dolor: Leve Moderado Severo

Es: Constante o Intermitente

¿Cuáles son sus principales objetivos para esta visita?

¿Te has caído en el último año? Sí No

¿Está inestable sobre sus pies? Sí No

¿Tienes miedo de caer? Sí No

¿Cuál de los siguientes tratamientos has probado?

Terapia Física:	Fechas:
Fisioterapia Acuática:	Fechas:
Quiropráctica:	Fechas:
Inyección de Cortisona:	Fechas:
Masaje:	Fechas:
Otra:	Fechas:

Altura:	Peso:
---------	-------

Índice de discapacidad de la espalda superior/inferior de Oswestry

Por favor responda circulando **UN** número para cada sección

Sección 1 - Intensidad del dolor

0. No tengo dolor en este momento
1. El dolor es leve en este momento
2. El dolor es moderado en estos momentos
3. El dolor es bastante intenso en este momento
4. El dolor es muy intenso en este momento
5. El dolor es peor imaginable en este momento

Sección 2 - Cuidado personal (lavarse, vestirse, etc.)

0. Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar problemas/dolores adicionales
1. Puedo cuidarme normalmente pero me causa más dolor
2. Me duele cuidar de mí mismo y soy lento y cuidadoso
3. Necesito ayuda pero manejo la mayor parte de mi cuidado personal
4. Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal
5. No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama

Sección 3 - Levantar

0. Puedo levantar pesas pesadas sin dolor adicional
1. Puedo levantar pesas pesadas pero me produce dolor adicional
2. El dolor me impide levantar pesas pesadas del suelo, pero puedo manejar si están convenientemente ubicadas
3. El dolor me impide levantar pesas pesadas pero puedo manejar pesos livianos/medianos si están convenientemente ubicados
4. Puedo levantar pesos muy livianos
5. No puedo levantar ni cargar nada en absoluto

Sección 4 - Sentarse

0. Puedo sentarme en cualquier silla todo el tiempo que quiera
1. Puedo sentarme sólo en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
2. El dolor me impide sentarme más de una hora
3. El dolor me impide sentarme más de 30 minutos
4. El dolor me impide sentarme más de 10 minutos
5. El dolor me impide sentarme

Sección 5 - Caminar

0. El dolor no me impide caminar ninguna distancia
1. El dolor me impide caminar más de una milla
2. El dolor me impide caminar más de ½ milla
3. El dolor me impide caminar más de 100 metros
4. Sólo puedo caminar con bastón o muletas
5. Estoy en la cama la mayor parte del tiempo

Sección 6 - Estar de pie

0. Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera sin sentir dolor
1. Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera pero me produce un dolor extra
2. El dolor me impide estar de pie más de una hora
3. El dolor me impide estar de pie más de 30 minutos
4. El dolor me impide estar de pie por más de 10 minutos
5. El dolor me impide mantenerme de pie

Sección 7 - Dormir

0. Mi sueño nunca se ve perturbado por el dolor
1. Mi sueño se ve ocasionalmente perturbado por el dolor
2. Por el dolor duermo menos de 6 horas
3. Por el dolor duermo menos de 4 horas
4. Por el dolor duermo menos de 2 horas
5. El dolor me impide dormir en absoluto

Sección 8. - Vida sexual

0. Mi vida sexual es normal y no me causa dolor adicional
1. Mi vida sexual es normal pero me causa algo de dolor extra
2. Mi vida sexual es casi normal pero muy dolorosa
3. Mi vida sexual está severamente restringida por el dolor
4. Mi vida sexual está casi ausente debido al dolor
5. El dolor impide cualquier vida sexual

Sección 9 - Vida social

0. Mi vida social es normal y no me causa dolor adicional
1. Mi vida social es normal pero aumenta el grado de dolor
2. El dolor no tiene ningún efecto significativo en mi vida social aparte de limitando mis intereses más energéticos
3. El dolor ha restringido mi vida social y no salgo con tanta frecuencia
4. El dolor ha restringido mi vida social a mi hogar
5. No tengo vida social por el dolor

Sección 10 - Viajar

0. Puedo viajar sin dolor
1. Puedo viajar a cualquier parte pero me produce un dolor extra
2. El dolor es fuerte pero logro viajes de más de 2 horas
3. El dolor me restringe a desplazamientos de menos de 1 hora
4. El dolor me restringe a realizar viajes cortos necesarios de menos de 30 minutos
5. El dolor me impide viajar excepto para recibir tratamiento



ANTECEDENTES MÉDICOS ANTERIORES (Marque todo lo que corresponda):

CARDÍACO: [] Infarto de miocardio [] Murmullo [] Ritmo anormal [] Otro: _____
PULMONAR: [] Asma [] COPD [] Enfisema [] Otro: _____
ENDOCRINO: [] Diabetes [] Hipotiroidismo [] Tumor pituitario [] Otro: _____
CIRCULATORIO: [] Hipertensión [] Ataque [] Aneurisma [] Otro: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS ANTERIORES (Indique el tipo, fecha, cirujano/hospital):

MEDICAMENTOS (Si necesita más espacio, utilice el reverso del formulario o adjunte la lista):

<u>MEDICAMENTO</u>	<u>DOSIFICACIÓN</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>DURACIÓN TOMADA</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES (Por favor marque e indique cuál padre/hermano y año de enfermedad/muerte):

CARDÍACO: [] Infarto de miocardio [] Hipertensión _____
PULMONAR: [] Asma [] COPD [] Enfisema _____
ENDOCRINO: [] Diabetes [] Hipotiroidismo _____
NEUROLÓGICO: [] Ataque [] Aneurisma [] Tumor _____
CÁNCER: [] Pulmón [] Mama [] intestinal _____
OTRO: [] _____ [] _____ [] _____ _____

HISTORIA SOCIAL:

Ocupación: _____ ¿Cuánto tiempo? _____ Fecha Desempleado: _____
 Uso de sustancias (Cantidad/Frecuencia): Tabaco: _____ Alcohol: _____ Otro: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS (Por favor marque todo lo que corresponda):

NEUROLÓGICO: [] Dolor de cabeza [] Mareos [] Memoria [] Entumecimiento Otro: _____
OJOS: [] Anteojos [] Contactos [] Borrosidad [] Visión doble Otro: _____
OÍDOS/GARGANTA: [] Sordera [] Sonando [] Tragar [] Ronquera Otro: _____
CARDÍACO: [] Dolor en el pecho [] Saltar ritmos [] Ritmo rápido [] Edema Otro: _____
PULMONAR: [] Tos [] Tos Sangre [] Sibilancias [] Respiración corta Otro: _____
INTESTINAL: [] Constipación [] Diarrea [] Incontinencia [] Sangrado Otro: _____
URINARIO: [] Frecuencia [] Incendio [] Incontinencia [] Sangrado Otro: _____
MUSCOLOESQUELÉTICO: [] Dolor [] Debilidad [] Artritis [] Bastón/Andador Otro: _____
ENDOCRINO: [] Aumento de peso [] Pérdida de peso Otro: _____
PIEL: [] Moretones [] Lesiones [] Marcas de nacimiento Otro: _____
HEMATOLOGÍA: [] Sangrado [] Transfusión [] Hepatitis Otro: _____
PSIQUIÁTRICO: [] Depresión [] Insomnio [] Fatigabilidad Otro: _____

Firma: _____

Fecha: _____